



Formulario de Salud Dental

Montgomery County Department of Health and Human Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 525-17
Enero 2017

INSTRUCCIONES: Cuando los estudiantes se inscriben en la escuela, los profesionales de la salud en la escuela revisan la información de salud del/de la estudiante, incluyendo la salud dental. Cuando se identifican problemas de salud, los profesionales de la salud en la escuela ayudan a los estudiantes y a los padres/guardianes a acceder a servicios de salud adecuados, incluyendo atención dental.

Por favor complete la Sección I de este formulario y pídale al dentista o higienista dental de su hijo/a que complete y firme la Sección II de este formulario. Envíe el formulario completo a la enfermería de la escuela de su hijo/a.

Se puede obtener ayuda para localizar un dentista/higienista dental comunicándose con la Asociación Dental del Estado de Maryland (Maryland State Dental Association), en www.msda.com. Si usted no tiene acceso a atención dental, por favor, comuníquese con el enfermero/a de la escuela de su hijo/a.

SECCIÓN I: Debe Ser Completada por el Padre/Madre/Guardián

Nombre del/de la Estudiante	Número de Estudiante	
Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento	Grado

SECCIÓN II: To Be Completed by the Dental Office (SECCIÓN II: Debe Ser Completada por la Oficina Dental.)

This is to certify that I have examined the teeth of _____

and:

- All necessary dental work has been completed.
- Treatment is in progress.
- No dental work is necessary.

Further recommendations _____

Name of Dentist/Dental Hygienist	Telephone
Signature of Dentist/Dental Hygienist	Date Signed
Address	Fax Number

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERÍA DE LA ESCUELA DE SU HIJO/A.